
*Абдоминальный болевой
синдром: этиология,
патогенез и вопросы
терапии.*

Д.м.н., профессор О.И.Дубровщик

Абдоминальный болевой синдром -

субъективное ощущение боли возникающее вследствие поступления в ЦНС патологических импульсов от органов брюшной полости. Является основным проявлением острых и большинства хронических хирургических заболеваний:

- острый аппендицит;
- острый холецистит;
- острый панкреатит;
- острая кишечная непроходимость;
- прободная язва желудка и 12-типерстной кишки;
- и др. острые и хронические заболевания органов брюшной полости.

Тип боли, ее характер не всегда зависят от интенсивности инициальных стимулов. Органы брюшной полости обычно нечувствительны ко многим патологическим стимулам, которые при воздействии на кожу вызывают сильную боль. Разрыв, разрез или раздавливание внутренних органов не сопровождаются заметными ощущениями. В то же время растяжение и напряжение стенки полого органа раздражают болевые рецепторы. Так, натяжение брюшины (опухоли), растяжение полого органа (например, желчная колика) или чрезмерное сокращение мышц вызывают абдоминальные боли. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости (пищевод, желудок, кишечник, желчный пузырь, желчные и панкреатические протоки) локализируются в мышечной оболочке их стенок. Аналогичные рецепторы имеются в капсуле паренхиматозных органов, таких как печень, почки, селезенка, и их растяжение также сопровождается болью. Брыжейка и париетальная брюшина чувствительны к болевым стимулам, в то время как висцеральная брюшина и большой сальник лишены болевой чувствительности.

Выделяют: - интраабдоминальные - экстраабдоминальные

Интраабдоминальные причины:

- Генерализованный перитонит, развившийся в результате перфорации полого органа, внематочной беременности или первичный (бактериальный и небактериальный); периодическая болезнь;
- Воспаление определенных органов: аппендицит, холецистит, пептические язвы, дивертикулит, гастроэнтерит, панкреатит, воспаление органов малого таза, колит язвенный или инфекционный, региональный энтерит, пиелонефрит, гепатит, эндометрит, лимфаденит;
- Обструкция полого органа: интестинальная, билиарная, мочевыводящих путей, маточная, аорты;
- Ишемические нарушения: мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекрыты органов (желчного пузыря, яичек и др.);
- Другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, синдром Мюнхаузена, отмена наркотиков.

Экстраабдоминальные причины:

- Заболевания органов грудной полости (пневмония, ишемия миокарда, заболевания пищевода);
- Неврогенные (herpes zoster, заболевания позвоночника, сифилис);
- Метаболические нарушения (сахарный диабет, порфирия).

Абдоминальные боли подразделяются на **острые**, которые развиваются, как правило, быстро или, реже, постепенно и имеют небольшую продолжительность (минуты, редко несколько часов), а также **хронические**, для которых характерно постепенное нарастание. Эти боли сохраняются или рецидивируют на протяжении недель и месяцев.

Причины абдоминального болевого синдрома

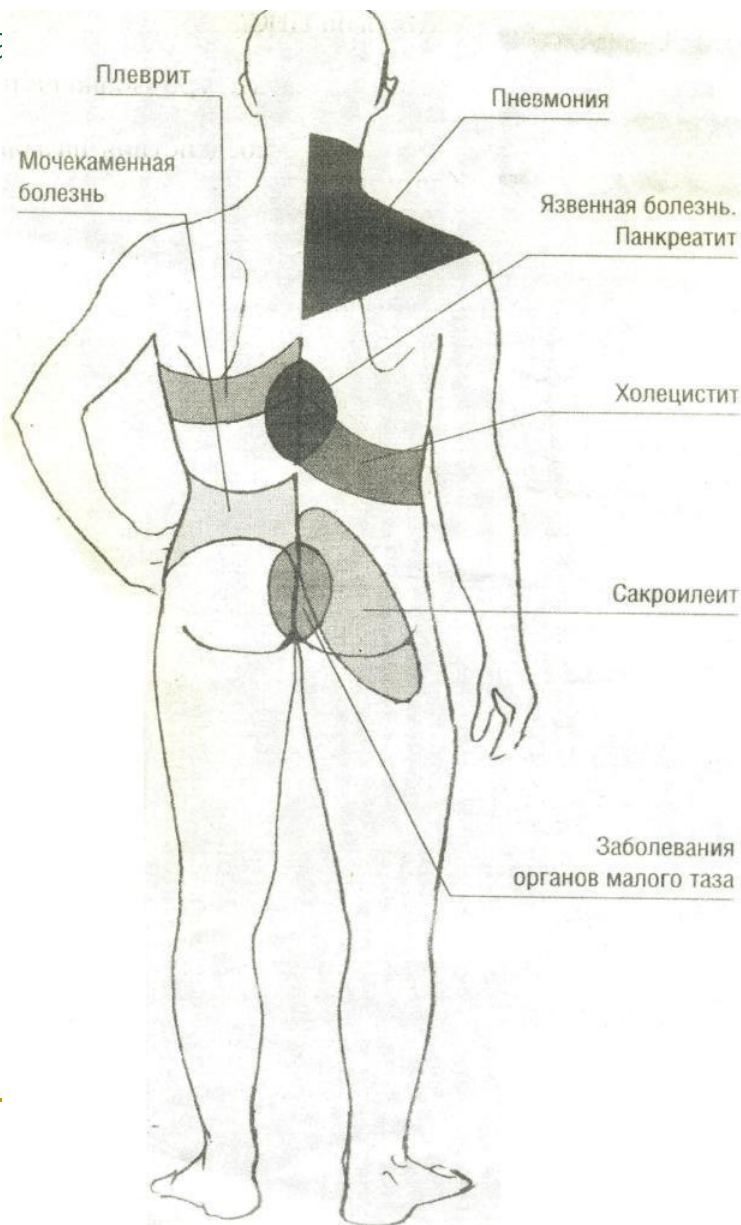
По механизму возникновения боли в брюшной полости подразделяются на 4 вида:

- висцеральные;
- париетальные (соматические);
- отраженные (иррадиирующие);
- психогенные.

Висцеральная боль возникает непосредственно в пораженном органе, тягостно ощущается больным как давящая, спастическая, тупая, сверлящая. Обычно сопровождается тошнотой, рвотой, потоотделением. Причиной висцеральной боли обычно являются спастические сокращения или растяжения органа, частью определенным образом связанные с приемом пищи. Висцеральная боль возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах и проводится симпатическими волокнами. Основными импульсами для ее возникновения являются внезапное повышение давления в полном органе и растяжение его стенки (наиболее частая причина), растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, сосудистые нарушения.

Иррадиирующая боль локализуется в различных областях, удаленных от патологического очага. Она возникает в тех случаях, если импульс висцеральной боли чрезмерно интенсивен (например, прохождение камня) или при анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки). Иррадиирующая боль передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной области. Так, например, при повышении давления в кишечнике вначале возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике - в спину, в правую лопатку или плечо.

Зоны отражения боли при заболеваний органов



До 10% заболеваний внутренних органов – легких (плевропневмония), желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит), мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, простатит); гинекологических и ревматологических процессов – проявляются болями в шее, спине и области таза.

Приблизительно в 50% случаев причиной таких болей являются поражения мышц и фасций.

Психогенная боль возникает при отсутствии периферического воздействия либо когда последнее играет роль пускового или предрасполагающего фактора. Особая роль в ее возникновении принадлежит депрессии. Последняя часто протекает скрыто и не осознается самими пациентами. Тесная связь депрессии с хронической абдоминальной болью объясняется общими биохимическими процессами и, в первую очередь, недостаточностью моноаминергических (серотонинергических) механизмов. Это подтверждается высокой эффективностью антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина, в лечении болевого синдрома. Характер психогенных болей определяется особенностями личности, влиянием эмоциональных, когнитивных, социальных факторов, психологической стабильностью больного и его прошлым «болевым опытом». Основными признаками данных болей являются их длительность, монотонность, диффузный характер и сочетание с другими локализациями (головная боль, боль в спине, во всем теле). Нередко психогенные боли могут сочетаться с другими, указанными выше типами болей и оставаться после их купирования, существенно трансформируя их характер, что необходимо учитывать при терапии.

Характеристика висцеральных и соматических болей

Признаки	Тип боли	
	висцеральная	соматическая
Характер	Давящая, спастическая, тупая, сверлящая	Острая интенсивная, бывает режущей и жгучей
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии	Ее локализацию больной может точно определить. Точечная в месте раздражения
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
Ритмичность (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.)	Характерно (ритм может быть правильным и неправильным)	Отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере и соответствует пораженному органу	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли. Боль может быть локализована	В месте локализации больного органа
Лекарственная терапия	Эффективны препараты, нормализующие моторную функцию пораженного органа	Неэффективно и противопоказано
Клинические примеры	Не осложненная язвенная болезнь, желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, язвы желудка или кишечника, спастическая дискинезия толстой кишки, перитонит, опухоли с раздражением париетальной брюшины	Перфоративные и пенетрирующие

Болевой абдоминальный синдром (боли в животе) нередко сопровождаются синдромом диспепсии (изжога, тошнота, рвота, отрыжка).

Изжога – ощущение перемещающегося, волнообразного жжения за грудиной – наиболее частый и неприятный симптом ЯБ, возникает на ранних этапах застоя, часто предшествует боли. Раньше механизм развития изжоги связывали с чрезмерно высокой кислотностью желудочного сока, забрасываемого в нижний отдел пищевода, однако изжога может быть и при ахлоргидрии. Появление ее связано с нарушением пищеводно-желудочного перехода замыкательной функции кардии.

Тошнота – возникает рефлексорно в результате затруднения опорожнения в верхнем отделе пищеварительного тракта, повышения давления в полном органе. Тошнота прекращается после рвоты, при патологии желудка и 12ПК. Тошнота не проходит если была вызвана повышением давления в желчных путях, эндогенной или экзогенной интоксикации, или является проявлением патологии центральной нервной системы и т.п.

Рвота – одно из проявлений болезней желудка и 12ПК, всегда требует особого внимания врача. Необходимо выяснить ее характер. При ЯБ желудка и 12ПК рвота нередко происходит на высоте боли, после приема пищи и приносит облегчение больному. При неосложненной ЯБ 12ПК рвотные массы не содержат остатков пищи, состоят из желудочного сока с примесью слюны. В механизме возникновения такой рвоты основная роль принадлежит блуждающему нерву, приводящему к нарушениям секреции и моторики желудка. При язве желудка – рвота сразу после приема пищи, состоит из пищевых остатков и вызывается, как правило, преходящим отеком слизистой вокруг язвы, спазмом привратника или развитием стеноза пилорoduоденального канала.

Методы обследования при абдоминальном болевом синдроме.

Наличие болевого абдоминального синдрома требует углубленного обследования больного для уточнения механизмов его развития и выбора тактики лечения. Подавляющему большинству больных с наличием соматических болей, как правило, необходимо хирургическое лечение.

Висцеральные боли, возникающие у больных как с наличием органических поражений органов пищеварения, так и без них, являются следствием нарушения, в первую очередь, моторной функции ЖКТ. В результате в полых органах повышается давление и/или наблюдается растяжение его стенок, возникают условия для формирования восходящих ноцицептивных импульсов. Моторная функция желудочно-кишечного тракта определяется активностью гладкомышечных клеток, находящихся в прямо пропорциональной зависимости от концентрации ионов кальция. Ионы кальция, активируя внутриклеточные биоэнергетические процессы (фосфорилирование белков, превращение АТФ в цАМФ и др.), способствуют соединению нитей актина и миозина, что обеспечивает сокращение мышечного волокна. Это следует помнить при проведении лечебных мероприятий!

Эффективное купирование болевого абдоминального синдрома невозможно до установления причины его возникновения.

Осмотр.

Боль часто бывает заметна по выражению лица пациента, даже если он не упоминает о ней. Бледное лицо, с впалыми щеками, с ввалившимися глазами при абдоминальных болях с вовлечением в процесс брюшины, вид брюшной стенки.

Пальпация выявление характерных симптомов— при перфорации полого органа, доскообразный живот, напряженный.

Перкуссия — позволяет обнаружить свободный газ при перфорации полых органов или жидкость.

Аускультация— характер перистальтических шумов.

Лабораторные методы исследования: общеклинические и биохимические анализы крови.

Вагинальное и ректальное исследование, выявление болезненности тазовой брюшины.

Специальные методы исследования.

R – графическое исследование:

- ❑ обзорная рентгенография;
- ❑ с контрастным веществом;
- ❑ дуоденография;
- ❑ гастродуоденоскопия;
- ❑ КТ и МРТ;
- ❑ спиральная компьютерная томография;
- ❑ ультрасонография;
- ❑ колоноскопия;
- ❑ ректороманоскопия;
- ❑ лапароскопия.

Лечение.

Основные направления купирования болевого абдоминального синдрома включают:

- а) этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания;
- б) нормализацию моторных расстройств;
- в) снижение висцеральной чувствительности;
- г) коррекцию механизмов восприятия болей.

Нарушения двигательной функции органов желудочно-кишечного тракта играют значительную роль в формировании не только болевого синдрома, но и большинства диспепсических расстройств (чувство переполнения в желудке, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры). Большинство из указанных выше симптомов могут иметь место как при гипокинетическом, так и при гиперкинетическом типе дискинезии, и только углубленное исследование позволяет уточнить их характер и выбрать адекватную терапию.

Спасибо за внимание!